



照顧計畫  
PLAN OF CARE

- 最初計畫   
  基本服務   
  年度計畫   
  基本附加服務   
  核心計畫   
  社區保護計畫

第1部份 - 個人資料

<p>It is very important to verify that all information in this section is current and correct.</p> <p>If any of the information has changed, be sure to enter the correct information into the CCDB immediately!</p> <p>Make sure to identify a contact in case of natural disaster or service-related emergency.</p>	姓名		出生日期		
	地址				
	電話號碼	社區服務處登記號碼	發展殘障處個案號碼		
	配偶或伴侶	與當事人的關係	電話號碼		
	<input type="checkbox"/> 家長或家庭成員 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 辯護人 <input type="checkbox"/> 其他人：(請說明)				
	緊急情況聯絡人姓名		與當事人的關係	電話號碼	
	個案管理員		電話號碼		
	制定計畫會議之日期		計畫生效日期		

<p>Every effort must be made to include the people in the plan development process that the waiver participant would like.</p>	出席了會議：			
	姓名	與另選計畫參加者的關係	姓名	與另選計畫參加者的關係

<p>Note everyone who attended the meeting and/or contributed to the plan. All adult participants <b>MUST</b> attend the meeting.</p>	參與了計畫的制定，但沒有參加會議：			
	姓名	與另選計畫參加者的關係	姓名	與另選計畫參加者的關係

**A Support Needs Assessment must be completed and ICF/MR eligibility confirmed prior to completing the**

A complete waiver plan for participants with personal care services will be a combination of this POC and the CARE instrument. If any information in this plan is already documented on the CARE instrument, write, "CARE" on the line or across the section. If some information is found on the CARE instrument but you need to add more here write "CARE" plus . . ." and then write in the additional information.

姓名:

發展殘障服務處號碼:

Please provide a brief description of the waiver participant and their current situation.

The idea is, (in a very brief way), to have a sense of this person, what their life looks like, what's going on in the life, highlights and major issues. etc.

個人“簡況”

第2部份 - 健康資訊

**Remember!  
Get the dates.**

Every effort must be made to get the actual date, but if the person/family cannot provide the exact date you must at least indicate the month.

Because routine dental and medical visits are so important to staying in the best of health, be sure there is a discussion explaining the reasons/benefits.

Offer assistance to connect with a doctor or dentist if needed.

**內外科**

**主要治療醫生**

之姓名: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_

上次體檢之日期: \_\_\_\_\_

現有健康問題的狀況:

需要關注的新問題:

如果在討論了年度體檢的重要性之後，此人或其家庭成員或其監護人拒絕體檢，請他們在此處簽署其姓名的首寫字母: \_\_\_\_\_

**牙科**

牙科醫生之姓名: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_

上次牙科檢查的日期: \_\_\_\_\_

如果在經過討論之後，此人或其家庭成員或其監護人選擇每年祇看一次牙醫，請他們在此處簽署其姓名的首寫字母: \_\_\_\_\_

現有問題的狀況:

如果在討論了每年須數次去看牙醫的重要性之後，此人或其家庭成員或其監護人拒絕接受一位牙科醫生的服務，請他們在此處簽署其姓名的首寫字母: \_\_\_\_\_

**其他保健服務  
(其他的醫生、行為控制管理人、  
職業康復治療師、理療師等等)**

姓名: \_\_\_\_\_

類型: \_\_\_\_\_

現有問題的狀況:

姓名: \_\_\_\_\_

類型: \_\_\_\_\_

現有問題的狀況:

Other health services can include any sort of medical providers or therapist.

姓名:

發展殘障服務處號碼:

**服藥:**

請列出您目前服用的藥物，以及服用這些藥物的原因:

這些藥物的處方是誰開的，而且多久應審查一次?

服藥時您是否需要任何幫助? 請說明:

您對所服用的藥物是否有任何顧慮?

This is very important information and an opportunity to make sure that proper medication management is happening for this person. You may attach available listing of medications, dosage, etc.

**第3部份 - 目前提供的服務和資助以及來源**

當您制定一項計畫，以滿足當事人的健康和福利需要時，第3部份中的資訊有助於您更好地瞭解當事人所獲得的服務和資助以及來源。

**Current Living Situation:** Identify what type of residential setting such as parent home, own home, AFH, etc.

Own home = person pays rent and it's not the family home.

Note who else lives with the person and their relationship.

Note any residential supports provided.

目前的生活狀況

所利用的其他服務 (非由發展殘障服務處資助) (職業康復處(DVR)服務、精神健康(MH)服務、戒酒與戒毒服務、學校服務等等)

日間計畫提供者

日間計畫類型

聯邦醫療保險方案

其他醫療保險 (請具體說明)

**每月的福利和收入**

基本食品補助 \$ \_\_\_\_\_

根據第8節法規提供的租金補助 \$ \_\_\_\_\_

每月總額 \$ \_\_\_\_\_

州輔助津貼付款(SSP) \$ \_\_\_\_\_

工資 \$ \_\_\_\_\_

其他收入來源 \$ \_\_\_\_\_

社會安全福利/ 社會安全殘障保險金/ 已成年的殘障子女福利 \$ \_\_\_\_\_

社會安全保險金 \$ \_\_\_\_\_

每月總額 \$ \_\_\_\_\_

這些美元數字的根據是個案當事人在計畫會議上所報的金額。

## 第4部份 - 確定健康和福利需要

## 對現行計畫的覆審

哪些服務和資助能滿足個案當事人的需要？是否應繼續這些服務和資助？是否需要作任何改變？

If this is an initial plan this section does not have to be completed.

If this is an annual review, facilitate a discussion looking at how the current plan is working, what is working well and should continue, changes that need to be made and any new issues to be addressed.

The waiver participant, their family/legal representative and any current providers need to be asked these questions.

哪些服務和資助不能滿足個案當事人的需要並且需要作一些改變？

是否有新的需求應得到滿足？

在尋找或留住服務提供者方面是否有任何問題？

如果個案當事人有其他服務計畫、個人化教育計畫、504計畫、職業康復處服務等等，應重新審查並包括已確定的一切涉及額外需求的資訊。

已由個案當事人或者其家庭成員或監護人確定，但目前尚未引起注意的對健康和福利的任何其他關注。

It is vital to find out what the person and/or their family/guardian, feel is needed to meet the waiver participant's health and welfare needs.

This box should contain only items in addition to those already identified above.

請停一下



這個工作小組必須討論所有已經確定的需求，並就那些對保證另選計畫參加者的健康和福利必不可少的需求達成一致意見。這項計畫必須解決那些需求。如果有任何健康和福利需求尚未得到滿足，而這些需求又不會在本計畫中得到解決，那麼請在下面以書面形式說明原因。

接下來討論哪些服務和資助能夠滿足所一致同意的需求。討論必須包括以下意見：關於已支付和未支付的服務費，州府計畫服務和另選計畫服務。必須使每一位另選計畫參加者都有機會選擇合格的另選計畫服務提供者。如果某個服務對象對現有的服務提供者不滿意，這個問題必須得到解決，並且須就這個問題制定一項大家都滿意的措施計畫。

**當工作小組認為他們有了一個好主意，能夠充分滿足所一致同意的需求，則應接著以文件的形式記錄實施這項計畫的必要步驟。**

請說明在這項計畫中將得不到解決的任何健康和福利需求：

姓名:

發展殘障服務處號碼:

**第5部份 - 一項為滿足所一致同意之健康與福利需求的計畫**

幫助需求之評估號碼 \_\_\_\_\_

必須採取哪些辦法，並（或）須提供哪些服務來滿足這些需求？	服務提供者/負責者？	若是受資助的另選計畫服務，請核選此欄	服務次數？ 每日/每週/每月 服務量： 小時/天/月	若是新客戶，服務開始日期是哪一天？	已得到的事先批准（若有此要求）

幫助需求之評估號碼 \_\_\_\_\_

必須採取哪些辦法，並（或）須提供哪些服務來滿足這些需求？	服務提供者/負責者？	若是受資助的另選計畫服務，請核選此欄	服務次數？ 每日/每週/每月 服務量： 小時/天/月	若是新客戶，服務開始日期是哪一天？	已得到的事先批准（若有此要求）

幫助需求之評估號碼 \_\_\_\_\_

必須採取哪些辦法，並（或）須提供哪些服務來滿足這些需求？	服務提供者/負責者？	若是受資助的另選計畫服務，請核選此欄	服務次數？ 每日/每週/每月 服務量： 小時/天/月	若是新客戶，服務開始日期是哪一天？	已得到的事先批准（若有此要求）

姓名:

發展殘障服務處號碼:

幫助需求之評估號碼 \_\_\_\_\_

必須採取哪些辦法，並（或）須提供哪些服務來滿足這些需求？	服務提供者/負責者？	若是受資助的另選計畫服務，請核選此欄	服務次數？ 每日/每週/每月 服務量： 小時/天/月	若是新客戶，服務開始日期是哪一天？	已得到的事先批准（若有此要求）

幫助需求之評估號碼 \_\_\_\_\_

必須採取哪些辦法，並（或）須提供哪些服務來滿足這些需求？	服務提供者/負責者？	若是受資助的另選計畫服務，請核選此欄	服務次數？ 每日/每週/每月 服務量： 小時/天/月	若是新客戶，服務開始日期是哪一天？	已得到的事先批准（若有此要求）

幫助需求之評估號碼 \_\_\_\_\_

必須採取哪些辦法，並（或）須提供哪些服務來滿足這些需求？	服務提供者/負責者？	若是受資助的另選計畫服務，請核選此欄	服務次數？ 每日/每週/每月 服務量： 小時/天/月	若是新客戶，服務開始日期是哪一天？	已得到的事先批准（若有此要求）

## 第6部份 - 總結和簽名

## 對計畫之覆審

Review/monitoring activities must be documented in the Service Episode Record (SER)

一旦制定出滿足健康和福利需求的計畫，必須就必要的計畫監督次數作出決定。在作這項決定時，應根據計畫的複雜性、個案當事人的虛弱程度以及（或者）個案當事人能獲得的資助。請根據具體情況核選下面的方框：

對本計畫覆審的時間是： 每月一次  每季度一次  每半年一次  每年一次

It is very important to have a discussion about the items, before asking the person to check them.

NOTE: Individuals must be given their appeal rights in writing every time there is a change in their plan.

請核選下列各項前的方框，以示它們曾發生過。在個案當事人或其法律代表核選了所有的方框後，才能最後完成本計畫的制定。C = 客戶，L = 法律代表。

- | C                        | L                        |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 我收到了完成本計畫所需的相關另選計畫服務和服務提供者之資訊。                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 本人曾有機會選擇適合我的健康和福利需求之合格的服務提供者。                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 如果我本人滿意任何目前的服務提供者，我已經得到機會計劃以其他方法來滿足我的需求。       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 我的健康和福利需求目前正在得到滿足，或者已有一項適當的計畫及時地滿足我的健康和福利需求。   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 我提出的任何有關本項計畫的問題和關注都已經得到解決，或者正在得到解決。            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 我受到服務提供者的禮待。                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 我知道本人可以隨時提出覆審本計畫的請求。                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 已經向本人解釋了我對發展殘障服務處的這項決定提出申訴的權利。已經向本人解釋了提出申訴的程序。 |

Signatures and dates are required for plan implementation.

As per WAC 388-845-3020 consent is assumed after 30 days unless otherwise indicated by the waiver participant/legal representative.

Make sure the choice regarding agreement is indicated.

The CRM is the last one to sign. **This becomes the plan effective date. Please go to the front page of the plan and record that date.**

我參加了制定和（或）覆審本項個人計畫，並**同意**所述的服務和贍養費。

另選計畫參加者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

法律代表：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

個案/資源管理員：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

我參加了制定和（或）覆審本項個人計畫，但我**不同意**計畫中所述的服務和資助金。已授予本人申訴權利。本人明白，如果我不在本計畫上簽名，並且不在28天之內提出申訴，將假定本人已認可本項計畫，而且將按照書面所述實施本項計畫。

另選計畫參加者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

法律代表：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_



**發展殘障服務處照顧計畫  
申訴聽證會請求書**

依據社會福利服務部公平聽證條例第388-02章之規定。

<b>FOR AGENCY USE ONLY</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Oral request taken by:</b>	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

請寄往： OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

傳真： 360-586-6563

本人提出舉行聽證會之請求，理由是我不同意社會福利服務部(DSHS)作出的以下決定：

- 請簡要說明社會福利服務部所作或未作的處理決定（可視需要另加附頁）；並且
- 如果可能的話，請隨附您對之提出申訴的決定通知書副本。

您的姓名（請工整書寫）	出生日期	社會安全號碼
-------------	------	--------

提出聽證請求者的地址	當事人的個案號碼
城市 州 郵遞區號	電話號碼（請包括地區號碼） <input type="checkbox"/> 留言電話

本人於：\_\_\_\_\_ 日期 收到關於決定的通知。通知頒發機構：\_\_\_\_\_ 社會福利服務部辦事處的名稱及地點

若符合資格，本人願意繼續獲得幫助： 願意  不願意 計畫：\_\_\_\_\_

本人的代表是（若您將親自出席，請不要填寫以下兩行內容）：

您的代表之姓名	組織機構	電話號碼
地址 街道名稱與門牌號碼	城市	州 郵遞區號

本人同意將我的聽證請求資訊透露給我的代表。

您的簽名	日期
------	----

您是否需要口譯人員或其他便利條件，以便您參加聽證會？  需要  不需要

若需要，請問是哪種語言或哪些幫助？\_\_\_\_\_

行政聽證法官(ALJ's)也許會利用電話方式進行某些聽證。如果您希望改為一個親自出席的聽證會，請遵循將由行政聽證管理處寄給您的聽證會通知中的指令。

TO BE COMPLETED BY DDD STAFF		
POC MEETING DATE		
WAIVER:		
<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Core	<input type="checkbox"/> Basic Plus
<input type="checkbox"/> Community Protection		

**對看護計畫會議的意見調查**  
PLAN OF CARE MEETING SURVEY

參加此項意見調查屬自願，並且意見調查內容將受到保密。無論您選擇參加此項意見調查與否，均不會影響您所獲得的服務。此項意見調查將有助於我們改進看護計畫的制定過程。

您與接受服務者是何關係？

- 本人是接受服務者。       家庭成員或監護人       領取報酬的工作人員       朋友或維護人

**意見調查**

號碼	問題	(1) 是	(2) 不能 肯定	(3) 否
1.	在制定看護計畫的過程中，您的個案管理員是否態度尊敬並有禮貌？			
2.	您的個案管理員是否問過您對目前的服務有無疑慮？			
3.	是否曾就您的疑慮進行過討論並將其包括在計畫制定過程中？			
4.	在為您制定新的看護計畫時，您是否曾參與和協助？			
5.	關於您的另選計畫中有哪些服務能滿足在評估中為您確定的需求，您是否獲得過相關資訊？			
6.	關於您的另選計畫中有哪些服務能滿足在評估中為您確定的需求，是否曾給您機會選擇服務項目？			
7.	是否曾給您機會選擇服務提供者？			
8.	您是否準備讓自己對另選服務以及非另選服務的需求與計畫目標均得到滿足？			
9.	是否曾就您的健康與安全進行過討論？			
10.	為您制定的計畫是否能滿足您在健康與安全方面的需求？			
11.	對於地震之類的緊急狀況或者您正常的看護服務者不在的情形，您是否有所計劃和安排？			
12.	對於如何應對在下一年度計劃會議之前您的需求發生變化之情形，您是否曾得到過任何相關資訊？			
13.	對於提出申訴或申請公平聽證的方法，您是否曾得到過任何相關資訊？			

14. 請在下面的空欄內填寫其他意見，或者向我們提出改進看護計畫制定過程的建議。

請按以下地址交回或寄回隨附的回郵信封（郵資已付，並寫有回郵地址）：

Department of Social and Health Services  
Division of Developmental Disabilities (DDD)  
Attention: Quality Assurance  
PO Box 45310  
Olympia WA 98504-5310